

Evaluation de 73 cas de lombalgies, de lombocruralgies et de lombosciatalgies

THESE

présentée à la Faculté de médecine de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de docteur en médecine

par

Léon SZNAJDER

de

THONEX (Genève)

Thèse No 3451

1973

GENEVE
Editions Médecine et Hygiène
1975



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545906_0015

Evaluation de 73 cas de lombalgies, de lombocruralgies et de lombosciatalgies

THESE

présentée à la Faculté de médecine de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de docteur en médecine

par

Léon SZNAJDER

de

THONEX (Genève)

Thèse No 3451

La Faculté de médecine, sur le préavis du professeur Georges H. Fallet, autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève, le 23 juin 1973

Le doyen :
William Geisendorf

Thèse No 3451



Nous tenons à exprimer notre reconnaissance au professeur Georges Fallet qui a bien voulu diriger cette thèse.

Nous désirons adresser au professeur Thomas Vischer nos remerciements pour son aide précieuse.

Notre gratitude va enfin à tous ceux qui nous ont aidé dans l'élaboration de ce travail.

Aux 73 cas de lombalgies, de lombocruralgies et de lombosciatalgies

EVALUATION DE 73 CAS DE LOMBALGIES DE LOMBOCRURALGIES ET DE LOMBOSCIATALGIES

INTRODUCTION

La fréquence des syndromes douloureux de la colonne vertébrale basse, d'origines diverses, n'est plus à démontrer en rhumatologie, neurologie et neurochirurgie. Par ailleurs, leur caractère invalidant, souvent aggravé par une surcharge psychogène, est également bien connu.

Parmi les 196 patients hospitalisés au cours de l'année 1973 dans le Service de Rhumatologie de l'Hôpital Beau-Séjour, 73 l'ont été pour des lombalgies, des lombocruralgies et des lombosciatalgies.

La plupart des 73 patients présentaient lors de leur admission, un tableau clinique évocateur de troubles statiques et / ou dégénératifs banaux du rachis lombosacré. Toutefois, dans un certain nombre de cas, la radiologie, les explorations neuro-radiologiques et l'évolution clinique ont permis de mettre en évidence d'autres affections rhumatismales, des tumeurs primitives ou secondaires, des processus infectieux et des anomalies sténosantes du canal rachidien.

Notre travail vise à évaluer l'état de ces 73 malades hospitalisés, à dégager les différentes étiologies et à préciser l'évolution chez certains d'entre eux. Nous avons également jugé utile d'évoquer brièvement, à l'occasion de deux cas, la clinique des sténoses du canal rachidien, cette affection étant peu connue.

MALADES

Les malades nous ont été adressés par le Centre Médical et Chirurgical des Entrées de l'Hôpital Cantonal de Genève, la Clinique de Neurologie, la Clinique de Neurochirurgie, les Cliniques

de Médecine, ainsi que par les médecins-praticiens installés à Genève.

L'hospitalisation dans notre service a été motivée dans la plupart des cas par l'existence d'un syndrome vertébral lombaire et / ou radiculaire rebelle au traitement ambulatoire, mais susceptible de bénéficier d'une thérapeutique conservatrice.

Cette thérapeutique conservatrice consistait en médicaments (antalgiques, anti-inflammatoires, myorelaxants) et en physiothérapie (massages décontractants, diadynamiques, parafango, extension), ainsi qu'en repos strict en position allongée pendant 3 à 4 semaines. Au-delà de cette période, des explorations neuroradiologiques étaient entreprises si l'intensité des phénomènes douloureux et / ou l'importance des troubles neurologiques sensitivomoteurs persistaient ou s'aggravaient.

La catamnèse a été obtenue pour certains patients, à l'aide de questionnaires écrits ou d'entretiens téléphoniques. L'on s'est tout particulièrement attaché à déterminer si le travail avait été repris et s'il pouvait être assumé entièrement ou partiellement, si un changement de profession avait été nécessaire. D'autre part, nous avons cherché à savoir si les douleurs vertébroradiculaires avaient persisté ou disparu, si une nouvelle hospitalisation avait eu lieu depuis la sortie du Service de Rhumatologie et finalement, si la persistance ou la récurrence de la symptomatologie douloureuse avaient motivé un nouveau traitement médicamenteux ou physique.

Sur le tableau I, un synopsis des 73 malades est présenté. Les patients y sont classés d'après leur évolution au cours de l'hospitalisation, les résultats radiologiques, les explorations neuroradiologiques et dans un cas (varices périurales), par les constatations faites lors de l'intervention chirurgicale.

Nous avons relevé 12 cas, soit 17 % du total des malades, dont l'étiologie n'était pas liée à des troubles statiques et / ou dégénératifs banaux du rachis lombosacré, mais à d'autres

causes. Nous avons trouvé des cas de sténose du canal rachidien, de processus compressifs intracanaux, de processus infectieux, de métastases vertébrales et de spondylarthrites ankylosantes.

Steiger (9) a eu l'occasion, en 12 ans de pratique rhumatologique privée, d'examiner 2'878 patients souffrant de lombalgies et de lombosciatalgies. Chez 154 (5,3 %) de ces patients, l'étiologie des phénomènes douloureux n'était pas, comme dans nos 12 cas, liée à des troubles statiques et / ou dégénératifs banaux du rachis lombosacré. L'incidence plus faible de ces complications était probablement due au fait que ses malades étaient ambulatoires. Par contre, à la Clinique de Neurochirurgie de l'Hôpital Cantonal de Genève, le Professeur J. Berney a recensé en 1971, 182 cas de lombalgies et de lombosciatalgies. Dans 17 % de ces cas, l'étiologie était liée à des rétrécissements du canal rachidien, à un processus tumoral ou infectieux.

Ces résultats sont donc tout-à-fait comparables aux nôtres.

RESULTATS

I. 7 cas - Hospitalisation peu ou pas justifiée.

Dans ce premier groupe, nous avons inclu les malades souffrant d'un lumbago aigu (6 cas) et de lombosciatalgies (1 cas), qui auraient probablement guéri, s'ils avaient été correctement traités à domicile (Tab. II).

L'anamnèse a en effet révélé que ces patients n'ont bénéficié auparavant que très partiellement d'un traitement par le repos et parfois, celui-ci n'avait même pas été instauré.

La symptomatologie douloureuse a répondu d'une façon très favorable à la thérapeutique conservatrice et les malades ont quitté le service après une à deux semaines de traitement.

II. 24 cas - Evolution relativement simple.

Dans ce sous-groupe, le traitement conservateur a eu une action

favorable sur les syndromes vertébraux et radiculaires (algiques, algiques et sensitifs, algiques et moteurs, mixtes) et dans aucun des cas, des explorations neuroradiologiques n'ont donc été nécessaires. La durée moyenne de l'hospitalisation a été pour la plupart des malades de ce sous-groupe de quatre semaines; elle a été plus longue (5 - 7 semaines) pour quelques uns. Ceci s'explique par le fait que ces derniers malades souffraient d'une ostéoporose importante en plus des troubles statiques, de lésions dégénératives ou d'anomalies constitutionnelles de la charnière lombosacrée. Les différents détails concernant les 24 malades de ce sous-groupe sont énumérés au Tableau III.

III. 12 cas- Examens neuroradiologiques, mais pas d'intervention chirurgicale.

Les faits essentiels concernant ce sous-groupe sont présentés au Tableau IV.

L'exploration neuroradiologique (Dimer X ou myélographie gazeuse) a été motivée chez tous les malades de ce sous-groupe par la persistance du syndrome vertébral, l'intensité des radiculalgies et / ou par l'importance des troubles sensitivo-moteurs au-delà de quatre semaines de traitement conservateur. Les investigations neuroradiologiques ont montré une seule fois l'existence d'une hernie discale indiscutable, mais qui n'a pas été opérée en raison du mauvais état général du sujet. Dans tous les autres cas, le Dimer X ou la myélographie gazeuse ont mis en évidence soit une protrusion discale isolée, soit des protrusions étagées avec, parfois, en plus une amputation d'une ou de plusieurs racines. Toutefois, ces protrusions discales ou ces images d'amputation radiculaire ont été considérées comme pas ou peu significatives, si bien qu'aucune intervention chirurgicale n'a été envisagée.

Dans le Tableau V, nous examinons la présence ou l'absence de correspondance entre les résultats neuroradiologiques et la clinique avec les examens radiographiques standards. L'analyse

de ce tableau montre que dans un cas seulement, il existait une corrélation parfaite entre les trois paramètres. Dans sept cas, il n'y avait pas de rapport entre la clinique et la radiologie ou la neuroradiologie; dans un cas, il s'agissait d'une souffrance L3 - L4, alors que les radiographies plaidaient en faveur d'une pathologie située en regard de l'espace L4 - L5. Dans deux cas, il n'y avait une superposition qu'entre la clinique et la neuroradiologie; enfin, dans un cas, il n'existait aucune correspondance entre les différents examens.

L'évolution de la majorité des malades de ce sous-groupe peut être considérée, avec un recul de un à deux ans, comme satisfaisante et le non-recours à la chirurgie comme justifié. La malade qui présentait une hernie discale indiscutable a fini par réagir assez favorablement au traitement conservateur et actuellement, ne souffre que de lombosciatalgies peu intenses. Cinq patients ont eu une hospitalisation prolongée. Ceci était dû respectivement à l'existence d'une polyneuropathie sensitivomotrice, à des difficultés d'adaptation d'un corset, à des troubles digestifs, à une insuffisance cardiaque et à un syndrome du canal carpien.

IV. 8 cas - Examens neuroradiologiques - Intervention chirurgicale

Dans ce sous-groupe, les examens neuroradiologiques (Dimer X) ont été pratiqués compte tenu de l'échec du traitement conservateur. Les détails concernant ces malades sont présentés au Tableau VI.

Cliniquement, il n'existait pratiquement pas de différence avec les malades du sous-groupe III discuté plus haut. Par contre, les examens au Dimer X ont tous montré la présence d'hernies discales nettes, raison pour laquelle nos huit patients ont subi une discotomie.

L'analyse des données cliniques / radiologiques / neuroradiologiques / constatations chirurgicales, montre une corrélation

exacte dans trois cas seulement. Pour les autres, les quatre paramètres ne coïncidaient pas de manière parfaite. Dans un cas particulier, il s'agissait d'un syndrome radiculaire algique de type L5 - S1. Le Dimer X révélait une hernie discale L3 - L4 paramédiane qui fut retrouvée lors de l'intervention.

D'une façon générale, l'absence de correspondance entre la clinique d'une part, la neuroradiologie et la chirurgie d'autre part, s'explique soit par la position de la hernie discale qui peut, surtout si elle est médiane ou paramédiane, comprimer une racine dont le point d'émergence du sac dural est situé plus bas, soit par un trajet inhabituel d'une ou de plusieurs racines. Il semble donc qu'une investigation neuroradiologique est essentielle tant pour l'indication opératoire que pour faciliter la tâche du chirurgien.

Le résultat de l'intervention chirurgicale peut être considéré comme très bon chez les huit malades de ce sous-groupe (recul de un à deux ans), mais il est évident que le petit nombre de cas ne nous permet pas de tirer de plus amples conclusions.

Gurdjian (4), d'après une étude faite sur 238 cas (recul de 8 à 13 ans), donne les résultats postopératoires suivants :

29 %	: excellents,
47 %	: bons,
18 %	: médiocres,
5 %	: mauvais.

Naylon, Bredford et England (6), font part de leurs constatations chez 204 patients opérés pour hernie discale (recul de 10 à 25 ans) :

38 %	: pas de douleurs,
41 %	: épisodes de lombalgies d'intensité minime,
18 %	: lombalgies nécessitant un traitement médicamenteux et physique,
3 %	: aucune amélioration après l'intervention.

La technique opératoire utilisée à la Clinique de Neurochirurgie de Genève, abord unilatéral aussi limité que possible, est vraisemblablement responsable entièrement ou tout au moins en grande partie, de la bonne évolution observée chez les huit malades de notre sous-groupe pendant le temps limité d'observation. L'instabilité vertébrale, créée ou augmentée par d'autres techniques chirurgicales (laminectomie décompressive large), semble être en partie responsable de la persistance ou de la reprise des lombalgies résiduelles. Pour cette raison, la technique employée à Genève, paraît être la moins traumatisante tout en restant très efficace.

V. 10 cas - Surcharge psychogène

Dans ce sous-groupe dont les caractéristiques cliniques sont exposées au Tableau VIII, nous avons réuni des patients souffrant essentiellement de lombalgies, chez lesquels l'examen ostéo-articulaire et neurologique était pratiquement muet, mais qui par contre, présentaient une surcharge psychogène importante. Les caractéristiques cliniques sont résumées au Tableau VIII, les constatations d'ordre psychiatrique au Tableau VIII bis. La plupart de nos malades avaient toute une gamme de ces constatations, ne permettant généralement pas de poser un diagnostic psychiatrique très précis, mais plutôt de parler d'un terrain prédisposant à une décompensation psychologique à la suite d'un conflit souvent banal. Dans un certain nombre de cas, la surcharge psychogène était le seul facteur étiologique en cause. Dans d'autres, elle exacerbait les lombalgies liées à des troubles statiques et dégénératifs banaux du rachis lombosacré.

Une malade chez laquelle le diagnostic d'hystérie avait été posé, a été admise, peu de temps après sa sortie du Service de Rhumatologie, à la Clinique de Neurochirurgie de l'Hôpital Cantonal de Genève, pour un syndrome vertébral et radiculaire de type algique. La clinique était tellement évocatrice d'une

hernie discale que la malade a été opérée sans avoir au préalable, été explorée par une radiculographie ou une myélographie gazeuse. A l'intervention, aucune hernie discale n'a été découverte, mais depuis lors, la patient ne souffre pratiquement plus de sa "hernie discale".

En général, l'évolution a donc quand même été favorable, excepté l'existence de cas particuliers :

- un malade a subi, après avoir quitté le service de Rhumatologie, une exploration neuroradiologique, laquelle s'est révélée négative. Ce patient est en litige avec son assurance, continue à se plaindre de lombalgies et n'a pas repris son travail. Un second patient qui n'a pas non plus repris son travail, continue à aller d'un médecin à l'autre et dernièrement, a demandé une hospitalisation volontaire à la Clinique Psychiatrique de Bel-Air, où l'on a posé le diagnostic de sinistrose chez une personnalité hystérique.

VI. 3 cas - Maladie de Bechterew

Les détails concernant ces malades sont donnés au Tableau IX. Nous rappelons une fois de plus, qu'en présence d'un malade jeune souffrant de sciatalgies à bascule, à prédominance nocturne, le diagnostic de spondylarthrite ankylosante doit être évoqué. Les malades doivent en effet bénéficier rapidement d'un traitement physique adéquat, dès que les radiographies et surtout les tomographies des sacro-iliaques auront révélé la présence d'une sacro-iliite (Tab. XIII).

VII. 2 cas - Pathologie infectieuse

Le résumé des cas de ce sous-groupe figure au Tableau X. Dans le cas No 1, la spondylodiscite était de nature tuberculeuse. Dans le cas No 2, le germe responsable était un staphylocoque doré. Dans le premier cas, le diagnostic aurait pu être évoqué trois mois avant l'hospitalisation, devant la perte de poids, des accès de fièvre vespérale et des sueurs nocturnes. Il faut

en effet relever que pour ce malade, il s'est écoulé dix-huit mois entre l'apparition des lombalgies et le moment où le diagnostic a pu être posé. Dans le second cas, l'état fébrile et l'accélération de la vitesse de sédimentation (115/124) auraient pu nous faire soupçonner une origine non banale aux sciatalgies.

VIII. 2 cas - Pathologie compressive (épendymomes, varices péricurales)

Le Tableau XI décrit les deux cas de ce sous-groupe. Dans le premier, trois faits doivent essentiellement être retenus :

1. La prédominance nocturne des douleurs,
2. l'importance et la persistance du syndrome vertébral,
3. l'atteinte pluriradiculaire.

Devant cette association, nous estimons que tous les examens paracliniques doivent être mis en oeuvre, afin d'objectiver ou d'exclure la présence d'une tumeur intrarachidienne. A propos de ce type de tumeurs, de Sèze et Coll. (9) font une distinction entre les formes neurologiques (monoplégies, syndrome de Brown-Séquard, paraplégies, tétraplégies) et les formes rhumatologiques (syndromes vertébraux et / ou radiculaires). Dans les formes rhumatologiques, qui sont celles qui nous intéressent, les douleurs vertébrales et / ou radiculaires (mono- ou pluriradiculaires, uni- ou bilatérales) sont très intenses, en particulier pendant la nuit; elles résistent très souvent aux antalgiques banaux et sont exacerbées par tous les facteurs susceptibles de provoquer une augmentation de la pression du LCR. Le début des manifestations douloureuses, sensitives, motrices et sphinctériennes est en général progressif, mais peut être parfois brutal. L'évolution peut se faire d'une façon continue ou discontinue. Les rémissions, dont la durée varie de quelques jours à quelques mois, sont soit complètes, soit incomplètes. Des erreurs de diagnostic sont donc possibles dans la période des rémissions

surtout si celles-ci s'observent au cours d'un traitement médical ou physique.

Dans le second cas décrit, la clinique ne révélait rien de particulier. Le diagnostic de varices périurales a été posé seulement au cours de l'intervention chirurgicale. L'examen par le Dimer X avait mis en évidence une hernie discale médiane L4 - L5, avec amputation des racines L5. Cette fausse image de hernie discale s'expliquait par le volume important des veines périurales. Il est donc probable, mais non certain, que la compression radiculaire soit directement liée à l'engorgement veineux. Dans de tels cas, qui sont rares, le neurochirurgien va élargir le trou de conjugaison, laissant ainsi plus de place à la racine intéressée.

IX. 2 cas - Sténose du canal rachidien

Chez deux malades, une sténose du canal rachidien était à l'origine de la symptomatologie douloureuse et des troubles neurologiques sensitivomoteurs.

Avant de faire quelques commentaires au sujet des malades de ce sous-groupe, nous procéderons à un bref rappel des sténoses rachidiennes et de leur clinique, car l'expérience a montré que ce type d'affection reste souvent méconnue.

R_a_p_p_e_l ((1), (3), (8))

Ces sténoses sont de trois types :

a) Sténose congénitale.

Dans ce cas, le rétrécissement du canal serait dû surtout à une hypertrophie des lames.

b) Sténose acquise.

Plusieurs étiologies sont possibles dans ce groupe qui est le plus fréquent :

1. hypertrophie des lames.
2. hypertrophie du ligament jaune.
3. protrusion ou hernie discale.
4. arthrose des apophyses articulaires postérieures avec ou sans spondylolisthésis.

c) Sténoses mixtes.

Dans ce type, à une sténose congénitale, s'associe une des causes de rétrécissement du canal rachidien que l'on retrouve dans le groupe des sténoses acquises.

La clinique des sténoses lombosacrées se traduit par les formes suivantes :

1) Claudication intermittente de la queue de cheval : dans cette forme, les douleurs radiculaires, les phénomènes sensitivomoteurs et les troubles sphinctériens vont apparaître après une certaine durée de marche ou après une station debout prolongée. Ces manifestations neurologiques peuvent se présenter isolées ou associées. Sur le plan moteur, il s'agit en général d'une sensation de faiblesse diffuse des membres inférieurs.

En plus de la faiblesse, les patients peuvent ressentir des douleurs, des paresthésies ou des dysesthésies de topographie plus ou moins bien systématisée. Les troubles sphinctériens sont dans la plupart des cas discrets (difficulté à la miction, incontinence urinaire peu importante). Les différents symptômes cèdent après un temps de repos. "La durée de marche, remarquablement fixe chez un même patient, est limitée à quelques minutes. Il en est de même pour le temps de repos nécessaire à assurer la disparition des troubles" (3).

L'examen clinique, au début de l'affection, est le plus souvent muet.

La souplesse rachidienne est plus ou moins conservée, la mise en hyperlordose de la charnière lombosacrée est susceptible de "réveiller" les symptômes habituellement ressentis par le patient.

L'évolution se fait vers une extension progressive des troubles, avec une réduction du périmètre de marche et l'apparition de déficits sensitivomoteurs (mono ou pluriradiculaires, unilatéraux ou bilatéraux) objectivables.

Il faut également relever que des phénomènes de claudication intermittente monoradiculaire peuvent se rencontrer en pré-

sence d'un pincement discal associé à une détérioration des apophyses articulaires postérieures. Dans ces cas, la racine se trouve comprimée, à distance du disque, dans le trou de conjugaison. Il s'agit ainsi non d'une sténose du canal, mais d'un rétrécissement latéral localisé, lié à la discarthrose et à l'arthrose postérieure.

La pathogénie de la claudication intermittente serait liée à des processus mécaniques de compression d'une ou de plusieurs racines ou / et à des phénomènes vasomoteurs des racines, responsables des douleurs, des manifestations sensitivomotrices et des troubles sphinctériens.

2) Sciatalgies ou cruralgies banales.

3) Syndrome vertébral lombaire isolé.

Le diagnostic de sténose du canal lombosacré va être assuré par :

a) la clinique, surtout si l'interrogatoire fait ressortir l'existence d'une claudication intermittente de la queue de cheval. Toutefois, il ne faut pas oublier que ce syndrome n'est pas pathognomonique d'une sténose du canal lombosacré. En effet, une hernie discale banale isolée peut se manifester de la même façon.

b) La ponction lombaire :

si celle-ci est possible, le L.C.R. va montrer, une fois sur deux, une hyperalbuminorachie sans réaction cellulaire associée. La P.L. est parfois impossible en raison de l'épaississement des arcs postérieurs.

c) Les tomographies du rachis lombosacré :

certain auteurs mettent en évidence un rétrécissement canalaire grâce à des mensurations faites sur les clichés tomographiques, mais ces méthodes n'ont pas été généralisées.

d) Les explorations neuroradiologiques :

en définitive, la myélographie gazeuse ou le Dimer X constituent l'élément décisif du diagnostic en montrant un défaut de remplissage ou un blocage en regard de la sténose.

Le traitement conservateur ou chirurgical des sténoses lombo-

sacrées va dépendre de l'importance des répercussions fonctionnelles des troubles neurologiques objectivables et des constatations neuroradiologiques. Certains patients sont améliorés par les traitements physiques et parfois s'adaptent à leur affection en limitant eux-mêmes la durée et la vitesse de la marche. Lorsque le traitement chirurgical est décidé, une laminectomie plus ou moins étendue devra être pratiquée, sans oublier toutefois d'intervenir sur le facteur qui a révélé le rétrécissement : le plus souvent une hernie discale.

Le premier malade de ce sous-groupe souffrait d'un syndrome radiculaire algique, sensitif et moteur, alors que le second présentait une claudication intermittente de la queue de cheval (Tab. XII).

Les examens neuroradiologiques ont respectivement objectivé un rétrécissement lombosacré et dorsolombaire. Dans le premier cas, le traitement conservateur a entraîné la disparition des sciatalgies et la régression des déficits sensitivo-moteurs. Dans le second, une laminectomie décompressive a dû être pratiquée.

Dans les deux cas, l'évolution a été satisfaisante. Les malades ont conservé leur travail mais en évitant de faire des efforts violents. Par ailleurs, la catamnèse révèle qu'ils souffrent de lombalgies et de lombosciatalgies minimes et épisodiques.

X. 3 cas - Métastases vertébrales

Les détails de ce sous-groupe sont donnés par le Tableau XIII. Le diagnostic du cas No 3 est un peu le fruit du "hasard", la radiologie standard ne montrant rien de particulier. C'est une hématurie microscopique épisodique qui nous a conduits à pratiquer une urographie i.v.. Celle-ci a montré un hypernéphrome du rein gauche. Des tomographies du rachis dorsolombaire ont été ensuite demandées et ce sont ces clichés qui ont révélé l'origine de la souffrance radiculaire.

Dans les autres cas, métastases d'un carcinome du sein, le diagnostic se faisait essentiellement d'après les radiographies standard.

Dans une étude que nous devons à Paillas et Alliez (7) portant sur 60 cas de métastases vertébrales, 10 % des lésions étaient localisées au niveau du rachis cervical, 77 % au rachis dorsal et lombaire supérieur et 13 % au rachis lombosacré. Quant à l'origine de la tumeur primitive, les auteurs donnent les statistiques suivantes :

29 %	:	poumon
14 %	:	sein
10 %	:	tube digestif
7 %	:	rein
5 %	:	thyroïde
10 %	:	prostate

Dans 15 à 20 % des cas, la tumeur primitive est restée inconnue.

CONCLUSIONS :

Après avoir passé en revue les différentes étiologies responsables de l'atteinte vertébrale et / ou radiculaire chez les 73 patients hospitalisés à la Clinique de Rhumatologie de l'Hôpital Beau-Séjour au cours de l'année 1973, nous constatons que la plupart des lombocrurosciatalgies étaient liées à des lésions dégénératives associées ou non à des troubles statiques du rachis lombosacré.

Parmi ces malades, il faut relever un nombre peu important de travailleurs de force et l'absence de facteur déclenchant dans la plupart des cas.

Sept patients dont l'hospitalisation était peu ou pas justifiée, auraient probablement pu guérir s'ils avaient reçu un traitement adéquat à domicile. Cependant, si le tableau clinique ne motivait pas nécessairement un séjour en milieu hospitalier,

les difficultés d'ordre pratique d'un traitement ambulatoire pouvaient justifier éventuellement l'hospitalisation.

En ce qui concerne les patients déjà investigués (Dimer X, myélographie gazeuse), mais non opérés, on peut conclure que de nouvelles explorations neuroradiologiques sont à refaire si la symptomatologie douloureuse persiste ou s'aggrave au-delà de six à douze mois.

Dans le groupe des hernies discales opérées, trois ordres de faits sont à relever :

1. l'évolution très favorable chez tous les patients.
2. la justesse de l'indication opératoire dans tous les cas.
3. la technique de l'intervention qui, en respectant la stabilité vertébrale, joue vraisemblablement un rôle important dans la simplicité des suites opératoires.

La plupart des malades qui présentaient une forte composante psychogène paraissent s'adapter assez bien à leur "maladie", à condition qu'ils soient suivis d'une façon "intelligente" par leur médecin traitant, qu'il n'y ait pas de sinistrose surajoutée ni de litige avec une compagnie d'assurances et que leur insertion socioprofessionnelle et familiale soit bonne.

Dans 17 % des cas, l'origine de l'atteinte vertébroradiculaire n'était pas banale mais était liée à un processus pathologique susceptible d'hypothéquer l'avenir du patient, tels qu'une sténose du canal rachidien, une tumeur intrarachidienne, des métastases vertébrales, une spondylodiscite ou une maladie de Bechterew.

Ainsi, dans toute lombosciatique traînante ou atypique, il faut rechercher systématiquement les symptômes d'une claudication intermittente de la queue de cheval qui nous mettront sur la voie d'une éventuelle sténose du canal rachidien lombosacré, les douleurs à prédominance nocturne qui sont souvent le premier symptôme d'une tumeur intrarachidienne, les métastases vertébrales, une spondylodiscite tuberculeuse ou à germes banaux lorsque le malade présente des épisodes fébriles, une accéléra-

tion de la vitesse de sédimentation et une raideur lombaire intense, enfin, une maladie de Bechterew devant des sciatalgies à bascule, prédominant la nuit et s'accompagnant d'une raideur rachidienne au lever, chez un sujet jeune du sexe masculin.

TABL. I

REPARTITION DES MALADES : 73 CAS

	<u>Nombre</u>	<u>Pourcentage</u>
I - Hospitalisation peu ou pas justifiée	7	9,5 %
II - Evolution relativement simple	24	32,4 %
III - Patients investigués par des examens neuroradiologiques , mais non opérés	12	16,2 %
IV - Hernies discales opérées	8	10,8 %
V - Surcharge psychogène	10	13,5 %
VI - Maladie de Bechterew	3	4,5 %
VII - Pathologie infectieuse	2	2,7 %
VIII- Pathologie compressive (épendymome, varices périurales)	2	2,7 %
IX - Sténose du canal rachidien	2	2,7 %
X - Métastases vertébrales	3	4,1 %
Total	73 cas	100 %

I. 7 CAS - HOSPITALISATION PEU OU PAS JUSTIFIEE

Patients	:	5 hommes / 2 femmes	
Age moyen	:	34 ans	
Ages extrêmes	:	17 - 55 ans	
Durée des symptômes	:	3 jours - 15 ans	
Début des symptômes ayant motivé l'hospitalisation	:	1 jour - 3 semaines	
Profession	:	Travail de force	1
		Travaux divers	6
Facteur déclenchant	:	Rien de particulier	1
		Effort minime	4
		Effort inhabituel	2
Symptomatologie	:	Lombalgies	6
		Lombosciatalgies	1
Constatations cliniques	:	Syndrome vertébral lombaire	7
Radiographies de la charnière lombosacrée	:	Rien de particulier	4
		Troubles statiques	2
		Troubles statiques et lésions dégénératives	1
Durée de l'hospitalisation	:	1 - 2 semaines	

II. 24 CAS - EVOLUTION RELATIVEMENT SIMPLE

Patients	:	13 hommes - 11 femmes	
Age moyen	:	56 ans	
Ages extrêmes	:	16 - 78 ans	
Durée des premiers symptômes	:	1 jour - 38 ans	
Début des symptômes ayant motivé l'hospitalisation	:	1 jour - 9 mois	
Profession	:	Travail de force	5
		Travaux divers	19
Facteur déclenchant	:	Rien de particulier	13
		Effort minime	4
		Effort inhabituel	3
		Traumatisme lombaire	2
		Poussée de polyarthrite rhumatoïde	1
		Cure thermique	1
Symptomatologie	:	Lombalgies	6
		Lombosciatalgies	18
Constatations cliniques	:	Syndrome vertébral	6
		Syndrome vertébral et radiculaire	18
Analyse des atteintes radiculaires	:	L3 - L4	2 *
		L5	8 *
		L5 - S1	7
		S1	3
		Syndromes algiques	8
		Syndromes algiques et sensitifs	1
		Syndromes algiques et moteurs	5
		Syndromes algiques, sensitifs et moteurs	4

Radiographies de la charnière lombosacrée	:	Troubles statiques	)	
		Lésions dégénératives	)	17
		Anomalies constitutionnelles	)	
		Troubles statiques**	)	
		Lésions dégénératives**	)	7
		Anomalies constitutionnelles**	)	
Durée de l'hospitalisation	:	2 - 7 semaines		

* Un des patients présentait une atteinte L3 - L4 à droite et une atteinte L5 bilatérale.

** Avec ostéoporose.

III. 12 CAS - PATIENTS INVESTIGUES PAR DES EXAMENS
NEURORADIOLOGIQUES, MAIS NON OPERES

Patients	:	6 hommes - 6 femmes	
Age moyen	:	50 ans	
Agés extrêmes	:	34 - 78 ans	
Durée des premiers symptômes	:	6 semaines - 30 ans	
Début des symptômes ayant motivé l'hospitalisation	:	5 jours - 11 mois	
Profession	:	Travail de force	4
	:	Travaux divers	8
	:		
Facteur déclenchant	:	Rien de particulier	4
	:	Effort minime	5
	:	Effort inhabituel	1
	:	Traumatisme lombaire	2
Symptomatologie	:	Lombosciatalgies	12
Constatations cliniques	:	Syndrome vertébral	12
	:	Syndrome radiculaire	12
Analyse des atteintes radiculaires :	:	L3 - L4	3
	:	L5	5
	:	S1	4
	:	Syndromes algiques	7
	:	Syndromes algiques et sensitifs	1
	:	Syndromes algiques et moteurs	2
	:	Syndromes algiques, sensitifs et moteurs	2
	:	3 semaines - 3 mois	
	:	Pas de renseignements	2
	:	Pas ou peu de douleurs	9
Catamnèse	:	Persistance des douleurs	1

CORRESPONDANCE ENTRE LA CLINIQUE, LA
RADIOLOGIE ET LA . NEURORADIOLOGIE

Cas (nombre)	Clinique	Radiologie	Neuroradiologie
2	+	+	+
6	+	+	0
1	0	+	+
2	+	0	+
1	+	0	0

IV. 8 CAS - HERNIES DISCALES OPEREES

Patients	: 5 hommes - 3 femmes	
Age moyen	: 45 ans	
Ages extrêmes	: 26 - 71 ans	
Durée des premiers symptômes	: 6 semaines - 3 ans	
Début des symptômes ayant motivé l'hospitalisation	: 24 heures - 2 ans	
Profession	: Travail de force	4
	: Travaux divers	4
Symptômes	: Lombosciatalgies	8
Facteur déclenchant	: Rien de particulier	4
	: Effort minime	1
	: Effort inhabituel	1
	: Traumatisme lombaire	2
Constatations cliniques	: Syndrome vertébral lombaire	8
	: Syndromes radiculaires L5	4
	: Syndromes radiculaires L5 - S1	3
	: Syndromes radiculaires S1	1
	: Syndromes algiques	3
	: Syndromes algiques et sensitifs	2
	: Syndromes algiques et moteurs	2
	: Syndromes algiques, sensitifs et moteurs	1
Examens neuroradiologiques	: Radiculographies (Dimer X)	8
Interventions	: Discotomies	8
Evolution (1 - 2 ans)	: Pas ou peu de douleurs	8

CORRESPONDANCE ENTRE LA CLINIQUE, LA RADIOLOGIE,
LA NEURORADIOLOGIE ET LES CONSTATATIONS CHIRURGICALES

Cas (nombre)	Clinique	Radiologie	Neuro- Radiologie	Constatations chirurgicales
3	+	+	+	+
4	+	0	+	+
1	0	0	+	+

V. 10 CAS - SURCHARGE PSYCHOGENE

Patients	: 6 femmes / 4 hommes	
Age moyen	: 41 ans	
Ages extrêmes	: 30 - 53 ans	
Profession	: Travail de force	3
	Travaux divers	7
Durée des premiers symptômes	: 2 mois - 15 ans	
Durée des symptômes ayant motivé l'hospitalisation	: 4 jours - 15 ans	
Facteur déclenchant	: Rien de particulier	2
	Efforts inhabituels	3
	Ponction lombaire	1
	Décompensation psychologique	2
	Traumatisme lombaire	1
	Litige avec assurance	1
Symptômes	: Lombalgies	8
	Lombosciatalgies	2
Constatations cliniques	: Nulles ou présence d'un syndrome vertébral lombaire fruste	
Radiologie	: Rien de particulier	1
	Lésions dégénératives banales	5
	Troubles statiques et lésions dégénératives	4
Examens psychiatriques	: Deux patients n'ont pas été présentés au psychiatre, car leur surcharge psychogène était manifeste et nous avons estimé qu'une consultation par un spécialiste était superflue	6
Durée de l'hospitalisation	: 3 - 10 semaines	
Evolution	: I. Pas de renseignements	2
	II. Evolution favorable	6
	a) peu ou pas de douleurs	3
	b) bonne adaptation à la maladie	2
	c) exploration chirurgicale	1
	III. Evolution défavorable	2

Constatations psychiatriques

- Collaboration ou contacts difficiles
 - Plaintes vagues et souvent hors de proportion avec les constatations cliniques et radiologiques
 - Inconstance et variabilité des symptômes et des signes cliniques
 - Comportement parfois théâtral cherchant à prouver la gravité de l'affection
 - Passé médical et / ou chirurgical chargé
 - Difficultés familiales, professionnelles, sociales
 - Etats dépressifs
 - Personnalités névrotiques :
 - 1) Anxiété
 - 2) Traits phobiques et obsessionnels
 - 3) Traits hystériques avec somatisation des conflits psychologiques
-

VI. 3 CAS - MALADIE DE BECHTEREW

C A S	No 1	No 2	No 3
Age / Sexe	42 ans / Masculin	47 ans / Masculin	40 ans / Masculin
Profession	Peintre de voitures	Employé Swissair	Manoeuvre
Antécédents	Lombosciatalgies à bascule depuis 7 ans	Cervicodorsalgies épisodiques depuis 3 ans	Lombalgies depuis 6 mois
Début de la symptomatologie ayant motivé l'hospitalisation	(voir ci-dessus)	3 mois (Lombalgies)	(voir ci-dessus)
Constatations cliniques	Syndrome vertébral dorsolombaire	Syndrome vertébral lombaire - Articulation sacro-iliaque droite douloureuse	Syndrome vertébral lombaire
Radiologie	Sacro-iliite bilatérale	Syndesmophytes D ₁₀ - D ₁₁ D ₁₂ . Sacro-iliite bilatérale	Sacro-iliite bilatérale

VII. 2 CAS - PATHOLOGIE INFECTIEUSE

TABL. X

C A S	No 1	No 2
Age / Sexe	49 ans / fém.	59 ans / fém.
Profession	Ménagère	Ménagère
Début de la symptomatologie ayant motivé l'hospitalisation	18 mois	2 jours
Symptomatologie	Lombalgies Sciatalgies unilatérales	Sciatalgies unilatérales
Facteur déclenchant	Rien de particulier	Effort inhabituel
Constatations cliniques	Syndrome vertébral lombaire Articulation sacro-iliaque gauche douloureuse	Syndrome radiculaire L5 - S1 droit de type algique
Laboratoire	VS 70/103 - Mantoux +++ (B.K.)	VS 115/124 (Staph. doré)
Radiologie	Spondylodiscite L1 - L3 sacro-iliite bilatérale	Spondylodiscite L2 - L3
Neuroradiologie	Dimer X et discographie négatifs 6 mois avant hospit. dans n/service	

VIII. 2 CAS : PATHOLOGIE COMPRESSIVE

C A S	No 1	No 2
Age / Sexe	49 ans / masc.	67 ans / masc.
Profession		Retraité
Début des symptômes ayant motivé l'hospitalisation	3 mois	8 mois
Symptomatologie	Lombalgies, cruralgies et sciatalgies à gauche	Lombosciatalgies à droite.
Caractère particulier des phénomènes douloureux	Prédominance nocturne des douleurs radiculaires	Rien de particulier
Facteur déclenchant	R.D.P.	R.D.P.
Constatations cliniques	Syndrome vertébral lombaire +++ Syndrome radiculaire L3 - L4 gauche de type algique et sensitif	Syndrome vertébral lombaire Syndrome radiculaire L5 - S1 droit de type algique

Radiologie	Troubles statiques Lésions dégénératives L5-S1	Lésions dégénératives Pincement des disques L1-L2 et L5-S1
Neuroradiologie	Double image de tumeurs intradurales en regard de L2-L3 et de L5-S1 (myélographie gazeuse)	Hernie discale médiane L4-L5 amputation des racines L5 (Dimer X)
Constatactions chirurgicales	Présence de 2 tumeurs sous-durales (épendymomes papillifères bénins) la supérieure ne montrant pas de solution de continuité avec le cône médullaire, l'inférieure entourant les racines	Pas de hernie discale, mais présence de veines (*) fortement dilatées englobant les racines L5-S1 des deux côtés

(*) périurales

IX. 2 CAS : STENOSE DU CANAL RACHIDIEN

C A S	No 1	No 2
Age / Sexe	43 ans / Masc.	55 ans / Masc.
Profession	Valet de chambre	Epicier
Début de la symptomatologie ayant motivé l'hospitalisation	4 mois	8 mois
Symptomatologie	Lombosciatalgies à gauche	Claudication intermittente de la queue de cheval
Facteur déclenchant	Effort physique inhabituel	Rien de particulier, mais exacer- bation des douleurs après une chute sur le siège
Constatactions	Syndrome vertébral lombaire Syndrome radiculaire L5 - S1 gauche de type algique, sensitif et moteur	Syndrome incomplet sensitivo- moteur de la queue de cheval

Radiologie	Lésions dégénératives	Troubles statiques Lésions dégénératives Rétrécissement du canal dorso-lombaire (tomographies)
Neuroradiologie	(Dimer X) Rétrécissement du canal rachidien lombosacré	(Myélographie gazeuse) Rétrécissement du canal rachidien dorsolombaire
Traitement	Conservateur (disparition des sciatalgies et régression des déficits sensitivomoteurs)	Laminectomie décompressive L3 - L4 - L5
Evolution	Lombalgies d'intensité minime. Le patient n'a pas changé de travail, mais doit éviter les efforts violents	Lombosciatalgies épisodiques. Le patient n'a pas changé de travail, mais doit éviter les efforts violents

X. 3 CAS : METASTASES VERTEBRALES

C A S	No 1	No 2	No 3
Age / Sexe	47 ans / fém.	62 ans / fém.	69 ans / masc.
Antécédents	Mastectomie droite en mai 1972 pour adénocarcinome du sein	Mastectomie droite en septembre 1971 pour adénocarcinome du sein	
Début de la symptomatologie ayant motivé l'hospitalisation	2 semaines après l'intervention chirurgicale	15 mois après l'intervention chirurgicale	20 mois avant l'hospitalisation
Symptomatologie	Dorsolombalgies	Lombosciatalgies	Lombosciatalgies
Constatactions cliniques	Syndrome vertébral lombaire	Syndrome vertébral lombaire	Syndrome vertébral lombaire. Syndrome radiculaire L5 droit de type algique, sensitif et moteur
Radiologie	Métastases osseuses (L1-L4 / bassin)	Métastases osseuses (D11 / sacrum)	Métastases osseuses (D10 et L5, tomographies)
Neuroradiologie			

B I B L I O G R A P H I E

- (1) AUQUIER L., HIRSCH J.F., PAOLAGGI J.B., ROUQUES Cl., GOZLAN R. : Sténose du Canal Rachidien Lombaire et Claudication Sciatique. Rev. Rhum., 1972, 39, 429-437.
- (2) BERNEY J. : Lombalgies et Lombosciatiques. Travail dactylographié de la Clinique Universitaire de Neurochirurgie, Dpt de Neurologie, Genève.
- (3) BLOCH-MICHEL H., CAUCHOIX J., BENOIST M. et CHASSAING P. : Les Algies Radiculaires du membre Inférieur à Type de Claudication Intermittente. Leur relation avec l'étroitesse ou le diamètre du canal rachidien lombaire. Rev. Neurol., 1973, 129, 211-219.
- (4) GURDJIAN, OSTROWSKI E.S., HARDY A.Z., LINDNER W.G., THOMAS D.W. and L.M. : Results of Operative Treatment of Protruded and Ruptured Lumbar Discs. J. Neurosurg., 1961, 18, 783.
- (5) LOUYOT P., MONTAUT J., POUREL J., STAAL D., PICARD L. : Suites Lointaines des Sciaticques d'Origine Discale Opérées. Rev. Rhum., 1973, 40, 171-178.
- (6) NAYLOR A., BRADFORD, ENGLAND : The Late Results of Laminectomy for Lumbar Disc Prolapse. A review after ten to twenty-five years. The J. Bone and Jt. Surg., 1974, 56 B, 17-29.
- (7) PAILLAS J.E., CONSTANS J.P., PELLET W., ALLIEZ B. et Coll. : Les Tumeurs Métastatiques du Système Nerveux Central. Neuro-Chir., 1974, 20 suppl. 2.
- (8) RAVAUULT P.P., LEJEUNE E., MAITREPIERRE J., BOUVIER M. : La Claudication Intermittente Sciatalgique. Lyon Med., 1961, 206, 1355.
- (9) de SEZE S., HUBAULT A., LASSERRE P.P., MONPETIT G. : Les Compressions par Tumeurs Intrarachidiennes. A propos de 106 cas observés dans un service de rhumatologie. Rev. Rhum., 1974, 41 83-91.
- (10) STEIGER U. : Ursachen von Kreuzscherzen in der Täglichen Rheumatologischen Sprechstund. Orthop., 1972, 1, 170-176.
- (11) STERNBACH R.A., SANFORD Ph.D., WOLF R., MURPHY R.W. and AKESON W.H. : Aspects of Chronic Low Back Pain. Psychos., 1973, 14, 52-56.
-

